

医療の質の向上を目的とした指標の策定から見てきた課題

石巻赤十字病院 情報管理課

〇永沼 慶介ながぬま けいすけ

【はじめに】今日、医療の質の指標（Quality Indicator：QI）の重要性が言われている。石巻赤十字病院は2011年に当院初の試みとして、病院の「ストラクチャー」にかかわる指標と治療の「アウトカム」にかかわる指標を中心とする臨床指標集を作成し公開した。しかし、医療の質の向上を目指すためには「ストラクチャー」指標と「アウトカム」指標だけでなく、診療そのものの「プロセス」指標にも着目しなければならぬ。現在、医療の質の向上を目指して「プロセス」指標を多く取り入れた新たな QI を策定しつつあるが、その過程で課題も見えてきた。

【取組み】院内には様々な部署が様々な指標を所轄してきた。そこで、はじめに QI 策定のための多職種から構成されるチームを立ち上げた。QI の策定においては経時変化（トレンド）が追えるだけでなく、他院との比較（ベンチマーク）が可能であることを要件とし、今日多くの指標を公開している国立病院機構と日本病院会のリストを参照して、「ストラクチャー」6指標、「プロセス」48指標、「アウトカム」39指標を採用することにした。

【課題】各指標について管轄部署を特定し、データの量と質を検証する必要があることから始まり、そのデータがベンチマーク可能か否かを確認することとした。項目には当院独自の集計方法の指標もあり、これらは当院のトレンドを追うのみで、ベンチマークによる評価が不可欠であり、過去に遡って算出し直す必要があった。また DPC データだけでは活用できない指標もあり、指標としての有用性とデータ収集の容易さとは必ずしも両立しないこともわかった。以上の活動を通じて、どの指標を採用するか、という問題は、どのようにして医療の質を向上させるのか、という課題と切り離せないものであり、指標の選定は、それらを分析し改善活動に生かす組織連携の一環であるとされる。

質的監査で見る入院時所見記録の電子カルテ導入による記載影響

神戸赤十字病院 事務部 庶務課

〇國枝 正志くにえだ まさし

当院は平成15年8月に病院移転と共にオーダーリングシステムを導入したが、記録に関しては専用書式での紙運用だった。入院時所見記録に関しても、「主訴」「現病歴」「既往歴」「家族歴」「身体所見」「問題リスト」「初期計画」を専用書式で記載する運用となっていたが、当時の記載状況は診療録管理委員会を通じ記載向上をお願いしていたが、退院患者の2割未満が未記載であった。その状況下で平成22年7月に電子カルテの導入となり、入院時所見記録に関しても専用のテンプレートを用意し、退院サマリーへ記載流用が可能とする事で、記載率の向上を狙った。しかし、退院サマリーの記載率は向上したか診療録の量的監査の結果は、退院患者の3割～4割が未記載という結果が続いた。そこで、現状をより把握する為、入院時所見記録に関する質的監査を行った。その結果、専用テンプレート以外での記載があり、実際の未記載率は21%であった。記録の質で言えば、日々の記録は比較的記載している中で、入院時所見記録の記載が悪く、それも比較的記載余裕のある予定入院の方が記載出来ていなかった。この監査結果から考察をすると、電子カルテにより全ての情報が何処でも見られる事で、紙カルテの頃より要約（纏める）の意味が薄れているのではないか、入院治療を始める前に、患者の状況（情報）を共有するには共通書式での所見記録が必要はなすか、情報開示、学会発表（研究）等での症例確認の為の振り返り文章の意味でしか理解がないのではないかと考えられる。業務緩和の意識が先立つ中、チーム医療の重要性からも、知り得た情報と治療計画は記載する意味がある。この結果を踏まえ、記録の意識を高める為に入院時所見の記載と情報共有の必要性について、今後も委員会を通じ唱えていこうと思った。

0-8-27

当院における診療記録監査の取り組み

広島赤十字・原爆病院 診療記録管理課

〇田城 司、寺戸 比登美、岩本 絵美、大徳 邦彦たしろ つかさ

【はじめに】当院では診療記録の質向上を目的に、これまで行っていた量的監査に加え、平成25年度より質的監査を開始したので取り組みと経過を報告する。

【取り組み】1. 監査開始にあたり、副院長、診療科部長、コメディカル、診療情報管理士等による診療記録監査委員会を設置し、5つのワーキングチームを立ち上げた。2. 監査対象は全科全医師の入院診療録とし、一次監査として診療情報管理士が事前に退院時総括等の量的監査を実施しワーキングチームに提供した。3. 二次監査では監査対象診療科部長の出席を必須とした。また平成26年度からは主治医にも出席を求めた。監査項目は、入院時基礎データ、経過記録、退院時総括、総合評価等について計8項目を設定（平成26年度は10項目）し、各項目は5点満点とした。

【結果】平成26年度は、各診療科とも前年度より良好な評価となった。監査対象全診療録の総合評価は3.4点から4.0点に上昇し、診療録記載が算定要件とされている医学管理料の記載は1.4点から3.7点に大きく上昇した。

【考察】今回良好な結果を得られたのは、各科部長が自らの科を監査したことと、部下の指導が行き渡ったことと併せて、知られていなかった電子カルテ機能（テンプレート等）の周知が行き渡ったことが考えられる。しかし監査を進めると、記載が十分されているようでも、実際は入院時基礎データ等が過去の記載をコピー＆ペーストされてるだけの診療録も見受けられた。

【結語】今後も監査を継続し、適切な監査を実施することで当院の診療記録の質向上に努めていきたい。

0-8-28

当院放射線科におけるネットワーク事故の報告と対策

旭川赤十字病院 医療技術部放射線科

〇福士 靖規、増田 安彦、阿部 直之、市川 仁、瀬川 千晴ふくし やすのり

【背景】当院、放射線科では過去にネットワーク接続にかかわる問題が何度か起きている。具体例1. 放射線科 CT 装置とブロードバンド用の LAN が接続されていた。具体例2. 院内のブロードバンド用ネットワークにおいて放射線科内のプリンターと呼吸器科 Dr の個人用 PC のプライベート IP アドレスが競合しておりネットワークへの接続ができなくなった。以上のような事故が今後起きないようにするため、どのような対策が可能であったかを検討、考察をした。

【対策】現在では1例目の事故の対応策としては鍵付の LAN ポートプロテクタを使用し未使用の LAN ポートに不用意にケーブルが接続されないようにし、2例目に関しては無線 LAN ルーターを撤去し、ブロードバンドへの接続手段を有線のみに限定している。

【現状】対策後、現在では放射線科内ではネットワークに関わる事故は起きていない。

0-8-29

費用をかけずに構築・運用。

院内ネットワークの監視システム

高槻赤十字病院 事務部 診療情報管理課

〇松宮 源朗まつみや もとあき

【はじめに】今回、ネットワーク通信障害の原因を調査するシステムを安価に構築したので報告する。当院では一部を除き、院内ネットワーク機器やサーバの監視をしていなかった。このため、サーバやネットワークのトラブルが発生した場合は、現地で目視確認をしながら原因を探る必要があったため、対応に時間がかかっていた。これを解決することを目的とし、ネットワーク監視システムの導入を検討した。

【目的・方法】ネットワーク監視システムを導入するためには、ベンダへ依頼すると多額の費用が必要であった。そこで、廃棄予定であった PC にオープンソースソフトウェア（以下 OSS）として無償で利用できる OS である "CentOS" 上で、同様に OSS である監視ソフトウェア "Zabbix" を起動させておくことにより、ネットワークやサーバの障害状況をリアルタイムで監視できるシステムを費用をほぼかけずに構築した。

【結果・考察】突発的な通信障害とはまた別に、当院ではインターネット接続の不調に長年悩まされてきた。そこで今回構築したネットワーク監視システムを利用し、（1）いつ （2）どの機器で （3）どのような障害が発生していたか 調査を実施。インターネット接続の不調の原因が、インターネット回線の帯域（トラフィック）ではなく、PC とブロードバンドルータ間のセッション数の問題であることを突き止め、改善することができた。また、Web 画面やメールでのリアルタイム監視も2014年より継続して実施し、現在も障害対応の迅速化に貢献している。

0-8-30

システム監査を通じた医療情報システムの安全管理の維持向上

日本赤十字社和歌山医療センター 医療情報管理課

〇中川 真次なかがわ しんじ

【はじめに】IT の普及に伴い、医療機関において電子カルテシステムを核とする医療情報システムは、診療を行う上で必要不可欠なものとなっており、当院でも多数のシステムを採用している。これらは患者の個人情報を扱うが、漏えい等の事故が発生すれば患者やその家族に与える影響は計り知れず、病院経営にも多大な損失を与える可能性がある。そのため厚生労働省も「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン4.2（以下 GL）」を公表し啓蒙を進めている。

【目的】稼働中の医療情報システムについて、GL の規定項目への対応状況を把握し、その差異と改善事項を明確にするとともに、今後の安全管理の維持向上を図る目的でシステム監査を実施した。

【方法】部門システムの利用者やシステムベンダを巻き込みながら、以下を実施した。

○ GL と院内で策定している運用管理規程の照合を行い文書上の差異分析。
○ GL に準拠したチェックリストを作成し、関係者に対するヒアリングを行いシステムの適正利用や運用状況を確認。

【結果】GL の規定項目に実際に対応できていても運用管理規程への記載が漏れていたたり、業務効率を優先しシステム改修を行ったが、結果として GL から逸脱している事項が発見された。これらの発見事項については、日常的な業務改善や運用管理規程の見直しが必要な事項、次期システム更新時に検討すべき事項に分類し、対応を行う事とした。

【まとめ】標準化された基準のもとシステム監査を行うことにより、医療情報システムの運用状況や安全管理意識の全体像を的確に捉えることができ、GL 準拠の重要性や取組むべき課題について院内で共有することが出来るようになった。今後より高いレベルの安全管理を実現するため、継続してシステム監査を実施し、客観的に体制を見直す機会を設けることが重要であると再認識した。